Aus der Königl. Frauenklinik zu München.
(Vorstand; Geheimrat Prof. Dr. DÖDERLEIN.)

Operabilität des Uteruscarcinoms.

Die Ursache der späten Inanspruchnahme des Arztes.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Chozo Nagoya,
approbierter Arzt aus Japan.

□ □ □

MÜNCHEN 1912.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Aus der Königl. Frauenklinik zu München.
(Vorstand; Geheimrat Prof. Dr. DÖDERLEIN.)

Operabilität des Uteruscarcinoms.

Die Ursache der späten Inanspruchnahme des Arztes.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

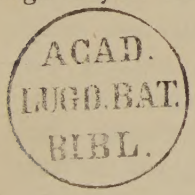
gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München



vorgelegt von

Chozo Nagoya,
approbierter Arzt aus Japan.

□ □ □

MÜNCHEN 1912.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Herr Geh. Hofrat Prof. Dr. Döderlein.

Im Laufe der letzten 10 Jahre haben auf dem Gebiete der operativen Gynäkologie die Indikationstellung und technische Ausführung wunderbare Wandlungen und Aenderungen erfahren. So sind z. B. die neu aufgenommenen Technizismen von vielen Seiten bald wieder verlassen und die ältere Operationsmethode wieder aufgenommen und verbessert worden. Diese Tatsache bemerkt man besonders deutlich auf dem Gebiete der operativen Therapie des Uteruscarcinoms. Was die Ausbildung der Operationsmethode anbetrifft, so war früher tatsächlich nicht erkennbar, welche Methode die beste sei. So z. B. ging die früher ausgeführte intravaginale Amputation der Portio vaginalis zur supravaginalen (Schröder) über, von dieser hat sie sich zur Exstirpation des ganzen Uterus auf vaginalem Wege und von der vaginalen Exstirpation zur abdominalen umgewandelt. Von allen Carcinomen, welche auf gynäkologischem Gebiete vorkommen, sind die Uteruscarcinome am häufigsten und wichtigsten. Durch diese entstehen, wie schon von jeher bekannt, zahlreiche Opfer an Menschen. Bis jetzt haben viele berühmte Autoren eifrig daran gearbeitet,

die Gefahr für die Frauen zu vermindern. Nachdem schon zu Anfang des vorigen Jahrhunderts die Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus von Langen (1813), Sauter (1822), später von Blundell, v. Siebold, Recamier, Kieter, Caselli, Hennig (1876) vorgenommen worden war, traten 1878 W. A. Freund (30. Januar 1878) und bald darauf Czerny (12. August 1878) und Schröder mit Methoden, den ganzen Uterus zu exstirpieren, an die Oeffentlichkeit.

Ueber den Wert der abdominalen oder vaginalen Methode ist schon seit langem des öfteren diskutiert worden. Seit 20 Jahren ist schließlich die abdominale Methode von vielen Autoren als ausgezeichnet erfasst worden. Die abdominale Laparotomie teilt man in folgende drei Methoden ein:

1. Die eigentliche Freund'sche Operation (1878), d. h. die Entfernung des Uterus ohne Parametrien und Drüsen.

2. Die von J. Veit angeratene erweiterte Freund'sche Operation, d. h. die Mitentfernung der erkrankten Parametrien und etwaiger fühlbarer Drüsenknoten.

3. Die typische Wertheim'sche Methode oder die abdominale Radikaloperation, d. h. die prinzipielle Entfernung von Uterus mit den Adnexen und dem obersten Scheidendrittel nebst den angrenzenden Parametrien — Douglas'schen Bänder — und allen irgendwie erreichbaren Drüsen der Iliacal- und Sacralgegend, also die sogenannte Ausräumung des

Beckens nach Ablösung des Bauchfells, event. mit Resektion von Teilen der Blase und der Ureteren, wie sie von Riess, Rumpf, R. König, Werder, Ricard, Wertheim u. A. in neuerer Zeit empfohlen wurde.

Was nun den Wert der abdominalen und vaginalen Totalexstirpation des Uterus anlangt, so sind schon sehr viele Erfahrungen gemacht worden, auf Grund welcher die Ansicht von verschiedenen Autoren fast übereinstimmend dahin geht, daß die abdominale Methode die vaginale übertrifft.

Die ursprüngliche Freund'sche Operation ist wegen ihrer schlechten Primärresultate früher schon einmal verlassen worden. Trotzdem wurde die abdominelle Operation des Uteruskrebses von den meisten Operateuren in Fällen angewendet, in denen die vaginalen Wege infolge der Größe des Uterus, Fixation desselben, Enge der Vagina und Tumoren der Nachbarorgane ungangbar waren. Seit ca. 4 bis 5 Jahren aber findet die abdominelle Uterusexstirpation wieder allgemeine Anwendung. Nachdem Veit, Rumpf, Riess und Mackenrodt sie vereinzelt begonnen hatten, stellten Küstner und Keller schon eine weitere Indikation auf. Vor kurzem hat Freund die Exstirpation des Uterus prinzipiell vom Abdomen aus empfohlen. Im Jahre 1899 trat in Paris die Société de chirurgie ebenfalls für die prinzipielle Exstirpation des Uterus von der Bauchhöhle aus ein. Dabei wurde auch über die ungenügenden Dauerresultate der vagina-

len Uterusexstirpation gesprochen; dagegen wurden die Vorzüge der abdominalen Operation mit Wegnahme größerer Abschnitte des Parametriums und der regionären Lymphdrüsen, wodurch die Dauerheilung erreicht werden könnte, erkannt; aber die praktische Erfahrung war noch vollständig ausgestanden. Die Nachteile der abdominellen Operation waren nur die schlechten primären Resultate. Mein Chef, Prof. Döderlein von der hiesigen Klinik, ist entschiedener Anhänger der abdominalen Operation. Er nimmt in jedem Falle eines Uteruscarcinoms, solange es operierbar ist, prinzipiell die Exstirpation des ganzen Organes vor, und zwar seit 1902 vom Abdomen aus, und er hat besonders betont, daß die häufigen Rezidive nach der Totalexstirpation des Uterus auf die stehen gebliebenen Parametrien zurückzuführen sind. Deshalb ist es besser, die Parametrien wegzunehmen, ob sie gesund sind oder nicht. Die Parametrien rein zu operieren, ist jedoch nur in günstigen Fällen möglich. Mein Chef machte gelegentlich immer die Beobachtung, daß ein Carcinom, welches auf Grund der Palpation ungünstig erschien, vom offenen Abdomen aus betrachtet und betastet, sich noch als operierbar erwies.

Der Wert der operativen Methode, der vaginalen und abdominalen, wird einmal durch die Gefährlichkeit des Verfahrens bestimmt, ferner durch seine Gründlichkeit, d. h. durch die Möglichkeit, mit ihm Rezidiven vorzubeugen. Die momentanen Erfolge der vaginalen

Totalexstirpation sind heutzutage in den Händen gewandter Operateure nahezu einwandsfrei, so daß Olshausen, Fehling, v. Ott, Döderlein u. a. unter zahlreichen Berichten nur ganz vereinzelte Todesfälle zu verzeichnen hatten. Aber durch solch momentane Erfolge kann man den Wert der Methode natürlich nicht bestimmen. Im Jahre 1895 hatte Hirschmann die Resultate von 17 Operateuren mit 1241 Operationen gesammelt und folgende Mortalitätsziffern gefunden:

Leopold	5,7%
Richelot	10,0%
Landau	7,6%
Martin	14,6%
Chroback	5,9%
Fehling	6,6%
Winter	7,5%
Zweifel	8,5%
Schauta	10,3%
Hofmeier	10,8%
P. Müller	5,7%
Pfannenstiel	3,3%
Olshausen	8,0%
Otto Küstner	8,0%

Mit diesen Resultatsziffern kann man nicht daran glauben, daß die vaginale Methode eine zufriedenstellende ist. Auf dem Internationalen Kongreß zu Rom im Jahre 1902 hat Wertheim die Resultate abdominaler Operationen in Bezug auf Operabilitätsziffer, primäre innerhalb 2 Jahren eingetretene Mortalität, gegenüber derjenigen Zweifels hervorgeho-

ben und dann die geringen Erfolge der vaginalen Operation betont. Wertheim hat im Schlußwort der Debatte zu Rom gesagt, daß die vaginale Operation über 9—10% absoluter Heilungsziffer nicht hinauskommen würde. Dagegen lagen vor einigen Jahren von vielbeschäftigen Operateuren für die erweiterte abdominale Totalexstirpation des Uterus folgende Mortalitätsziffern vor:

v. Franqué	16,6%
Bumm	30,0%
Döderlein	14,8%
Mackenrodt	19,0%
Wertheim	13,0%
Pfannenstiel	20,0%
Franz	30,7%
Otto Küstner	19,0%

Im Jahre 1895—1901 hat Küstner die Cervixcarcinome vom Abdomen aus mit einer gewissen rationellen Radikalität und Technik operiert, wobei sich viel bessere Dauerresultate zeigten, als mit den vaginalen Operationen (31,5 resp. 28,8%). Diese Verhältnisse haben sich in den letzten Jahren zweifellos gebessert, so daß Otto Küstner die durch peritoneale Sepsis hervorgerufene Operationsmortalität auf 7,5% herabzudrücken vermochte.

Im Jahre 1891 hat Winter in Berlin Erhebungen an Krebskranken über die Ursache der späten Inanspruchnahme operativer Hilfe angestellt. Dabei fand er, daß zwei Faktoren — der erste Ratgeber und das Verhalten der Kranken selbst — von Einfluß darauf sind,

ob die Carcinomkranken noch in operablem Zustande zur Operation kommen, abgesehen von den seltenen Fällen, wo das Carcinom symptomlos inoperabel wird. Je größer der Prozentsatz der operablen Fälle ist, um so größer ist auch der der Dauerheilung. Deshalb hat man in letzter Zeit auch die Frage der Operabilität des Uteruscarcinoms mehr Beachtung geschenkt. Dabei ist jedoch zu betonen, daß die Zahl der operablen Fälle durchaus nicht identisch ist mit der der operierten Fälle.

Der Begriff der Operabilität variiert naturgemäß nach der verschiedenen Operationsmethode und Indikation. Winter hat fast ausschließlich die vaginale Totalexstirpation des Uterus als Radikaloperation angewendet und bezeichnete 1901 die Gewähr für eine Dauerheilung als am sichersten dann, wenn trotz genauester klinischer Untersuchung keine carcinomatöse Veränderung in den Parametrien oder den Nachbarorganen nachweisbar ist, wenn also das Carcinom zur Zeit der Operation noch auf den Uterus beschränkt ist. Inzwischen hat sich jedoch der Begriff der Operabilität dahin verschoben, daß jetzt ein Carcinom als operabel gilt, wenn bei Anwendung der erweiterten Operationsmethode alles nachweisbar carcinomatös erkrankte Gewebe mit entfernt wird und somit wenigstens mit Wahrscheinlichkeit auf eine Dauerheilung gerechnet werden kann. Dieses Prinzip habe ich auch der Beurteilung meiner Fälle in dieser Arbeit zugrunde gelegt.

Deutschland:	Operab. %
Gusserow	5,0
Winter (bis 1892)	28,7
Krukenberg (1885—1891)	31,6
Olshausen (1903)	48,0
Mackenrodt (1894)	92,9
Fritsch (bis 1893)	19,5
Küstner (1893—1896)	22,8
Pfannenstiel (1894—1897)	28,6
Kroemer (1898—1901)	36,9
Olshausen (1882—1883)	27,2
Olshausen (1884—1887)	30,0
Kaltenbach (1887—1894)	40,0
Reipen (1895—1900)	33,3
Glockner (1887—1901)	26,7
Glockner (1898—1901)	31,0
Leopold (bis 1887)	20,4
Thorn (1889—1896)	35,0
Thorn (1897—1901)	45,0
Pernice (1887—1896)	25,0
Schuchardt (1894—1901)	56,0
Frommel (Erlangen)	20,6
Freud (1891—1898)	28,0
Döderlein (1897—1900)	48,8
Döderlein (1. Okt. 1897—1. Jan. 1902	45,0
Löhlein (1890—1895)	26,7
Löhlein (1896—1900)	30,2
Winter (1898—1902)	57,0

Andere Länder:	Operab. %
Waldstein (1896—1900)	14,7
Knauer (bis 1901)	15,6
Wertheim (Wien 1900)	29,2

	Operab. %
Wertheim (Wien 1901)	40,0
Wertheim (Wien 1902)	52,9
V. Erlach und v. Wörz (1892—1892)	37,0
Schauta (Wien 1901)	46,5

Die Operabilitätsprozente sind natürlich je nach der angewandten Methode verschieden:

1. Abdominale Methode:	Operab. %
Wertheim (1900—1902)	29,2—46,0—52,9
Döderlein (Carcin. cervicis 1900)	44,0
Döderlein (1902)	58,0
P. Müller	89,5
v. Rosthorn	46,0
Döderlein (1904)	68,1
Wertheim (1900)	29,2
Wertheim (1901)	40,0
Wertheim (1902)	52,9
Mackenrodt (1905)	90,0
Hannes (Küstner 1906)	68,7
Krönig (1911)	64,7
Wertheim (1907 aus erweiterter abdominaler Methode)	32,0
Wertheim (1908 ditto)	42,2
Gutbrott (1892—1894)	50,0
Erwin Reiner (1898)	54,9
Erwin Reiner (1899)	60,0
Erwin Reiner (1900)	46,0
Erwin Reiner (1901)	57,8
Erwin Reiner (1902)	71,8

2. Vaginale Methode:	Operab. %
Zweifel	26,7
Wertheim	40,3

	Operab. %
Olshausen	31,6—44,0
Winter	58,0
Schauta	46,5
Döderlein (1897—1900)	48,8
Erwin Reiner (1903)	56,2

3. Abdominal und vaginal zu etwa gleichen Teilen operiert:

	Operab. %
Kermauer und Laméris	46,0
Cullen	58,5
Döderlein (1897—1902)	45,0
Mackenrodt (Igniexstirpation)	92,9

Nach Indikation getrennt:

1. Bei sehr weiter Indikationsstellung operierten:

	Prozent
Küstner (1893—1896 vaginal)	22,8
Glockner (1887—1901 vaginal)	26,7
Pfannenstiel (1894—1897 vaginal)	28,4
Schauta (1901 vaginal)	48,8
Döderlein (1897—1900 vaginal)	48.8
Döderlein (1. Okt. 1897—1. Jan. 1902 vaginal und abdominal)	45,0
Wertheim (1900 abdominal)	29,2
Wertheim (1901 abdominal)	40,0
Wertheim (1902 abdominal)	52,9
Kermauer und Laméris (1899—1900 vaginal und abdominal)	46,0
Cullen (1893—1899) vagin. u. abdom.	58,5
Mackenrodt (b. 1894 d. Igniexstirp.)	92,0

2. Bei mittlerer Indikationsstellung waren operabel bei: Prozent

Kesmarsky (1892—1895 vaginal)	10,0
Kesmarsky (1895 vaginal)	22,0
Akontz (1890—1894 vaginal)	13,3
Waldstein (1892—1898 vaginal)	13,3
Knauer (bis 1901 vaginal)	15,6
Reipen (1894—1901 vaginal)	33,3
Kroemer (1893—1901 vaginal)	36,9
Thorn (1889—1896 vaginal)	35,0
Thorn (1897—1900 vaginal)	45,0
v. Erlach und v. Wörz (1892—1899)	37,0
Schuchardt (1894—1901)	56,0

3. Bei enger Indikationsstellung, d. h. bei Beschränktsein des Carcinoms auf den Uterus und bei freien Parametrien hatten: Prozent

Torggler (1896—1900 vaginal)	8,0
Trommel (vaginal)	20,6
Glockner (1887—1901 vaginal)	17,6
Pernice (1887—1896 vaginal)	25,0
Löhlein (1890—1895 vaginal)	26,7
Löhlein (1896—1900) vaginal)	30,2
Meyer (bis 1896 vaginal)	27,0
Meyer (1897—1901 vaginal)	40,0
Freund (1894—1898 vaginal)	28,0
Winter (bis 1892 vaginal)	28,7
Thorn (1897—1900 vaginal)	22,6
Baldy (1902 nur Cervixcarcinome)	7,0

Ich habe in der hiesigen Klinik über die Operabilität des Uteruscarcinoms über die Zeit von 1907 bis 1. Oktober 1911 Untersuchungen angestellt. Unsere heutigen Berechnungen über

die Operabilität des Uteruscarcinoms gründen sich nur auf die wirklich operierten Fälle, hingegen wollen wir solche Fälle, in welchen die Patientinnen nach Anraten der Operation die klinische Behandlung verließen und sich doch noch anderswo operieren ließen, natürlich gar nicht zu den Operierten mitrechnen.

Aus einem Zeitraum von 5 Jahren hat der Verfasser 227 Fälle von Uteruscarcinomen gesammelt. Unter diesen befanden sich 209 Fälle von Carcinoma colli und 17 Fälle Carcinoma corporis. Unter den 226 Fällen sind 157 operierte Fälle und 69 nichtoperierte, in welchen die Patientinnen entweder selbst die Klinik verließen oder durch die Klinik entlassen wurden, während die anderen auf Grund palliativer Behandlung sich mehr oder weniger gebessert hatten und die übrigen mit Tod abgingen.

Bei meiner Sammelarbeit habe ich Fälle festgestellt, welche nach der ersten Untersuchung zunächst inoperabel erschienen, aber sich doch noch als operabel erwiesen, nachdem die probatorische Laparotomie vorgenommen worden war.

Die Infiltration der Parametrien, welche äußerlich als carcinomatös beurteilt wurde, war in Wirklichkeit nicht carcinomatös, sondern nur entzündlicher Natur. Ja, oft schon wurde eine carcinomatöse Infiltration durch eine Adnexerkrankung und durch Adhäsionen vorgetäuscht oder sie erschien unter der bimanuellen Betastung bedeutender als sie wirklich war.

Nach unseren heutigen Beobachtungen über abdominale Operation kann man durch gewöhnliche Palpation des Falles über die Operabilität des Carcinoms nicht sofort bestimmen. Deshalb schlägt man an der hiesigen Klinik jeder Kranken zuerst die Aufnahme vor, wenn die Patientin unsere poliklinische Sprechstunde aufsucht, und führt dann bei zweifelhaften Fällen die Probelaparotomie aus.

Von diesen 226 Fällen waren 157 Fälle = 68,92% operabel. Als operabel gelten dabei die Fälle, in denen nach genauer Untersuchung die Ausführung einer Radikaloperation die Möglichkeit der Dauerheilung zu gewährleisten schien. Die operablen Fälle verteilen sich auf die einzelnen Jahre folgendermaßen:

Jahrgang	Anzahl d. klinisch behdlt. Krebskrankheiten	Typ. Wertheimsche Methode	Operabilität	Primäre Mortalität
1. X.—31. XII. 1907	12	8	66,66%	25,0 % (2 Fälle)
im Jahre 1908	50	40	80,00 „	27,5 „ (11 „)
„ „ 1909	65	45	69,2 „	11,1 „ (5 „)
„ „ 1910	48	27	56,3 „	25,45 „ (7 „)
bis 1. X. 1911	51	37	72,5 „	18,1 „ (4 „)
			68,92%	(Durchschnitt)

Außer den obigen 226 Fällen ist nun eine Patientin (Carcinoma corporis et cervicis) durch supravaginale Amputation geheilt worden. Wie aus der oben angegebenen Tabelle ersichtlich ist, war im Jahre 1907 die Anzahl

der klinisch behandelten Kranken sehr gering, nämlich nur 12 Fälle; dessenungeachtet hat die Operabilität (66,66%) eine bedeutende Größe erreicht. Von den 8 Operierten betrug die primäre Mortalität 2 Fälle = 25,0%. Die Todesursache war bei allen Infektion. Unter den inoperablen Fällen (4 = 33,4%) hat eine Frau sofort die Klinik verlassen, die anderen 3 Frauen wurden durch Exkochleation und Aetzung palliativ behandelt und gebessert.

Das Jahr 1908 weist mit 80,0% die höchste Operabilitätsziffer auf. Von 40 operierten Kranken starben nach der Operation 11; Mortalität 27,5%.

Inoperabel: 10 Fälle = 20% (palliativ behandelt worden). Eine Frau ist während der Behandlung gestorben, bei den anderen trat Besserung ein. Im Jahre 1909 war die Anzahl der klinisch behandelten Fälle 65. Operable Fälle 45 = Operabilität 69,2%. Inoperable Fälle 20 = 30,8%.

Im Jahre 1910 gab es 48 klinisch behandelte Fälle; unter diesen waren operable Fälle 27 = 56,3%. Todesfälle 7 = 25,45%. Daß hier die Operabilität (56,3%) verhältnismäßig gering war, muß auf die vielen vorgeschrittenen Fälle (21) zurückgeführt werden. Der Prozentsatz der inoperablen Fälle war 43,68. Unter den 21 inoperablen Fällen haben 9 Frauen ohne Behandlung sofort die Klinik verlassen, während die übrigen Frauen palliativ behandelt worden sind.

Im Jahre 1911 belief sich die Zahl der kli-

nisch behandelten Fälle auf 51. Operable Fälle 37 = 72,5%. Mortalität 0 Fälle = 00,0%. In diesem Jahre gab es viele vorgeschrittene Fälle (16). Unter den 4 Todesfällen rührten 3 Fälle von diesen vorgeschrittenen her.

Ich will jetzt meine zweite Frage über „die Ursache der späten Inanspruchnahme des Arztes" etwas besprechen, wobei mir die Tatsache vor Augen schwebte, daß 43% der krebskranken Frauen sich zu spät der Operation unterzogen. Bevor ich auf dieses Thema eingehe, will ich nachstehend die inoperablen Fälle, wie sie sich bei meiner auf die Etatsjahre 1907—1911 bezüglichen Arbeit darboten, beschreiben. Es haben sich folgende Resultate ergeben:

1907	inoperable	Fälle	33,40%	(4 Fälle)
1908	„	„	20,00%	(10 „)
1909	„	„	30,80%	(20 „)
1910	„	„	43,68%	(21 „)
1911	„	„	26,90%	(12 „)

Aus dieser Feststellung habe ich als Durchschnitt der inoperablen Fälle während 5 Jahren 31,15% berechnet. Angesichts dieser bedeutenden Ziffer drängt sich nun unwillkürlich die Frage auf: Warum bieten sich so viele inoperable Fälle dar? Die Gründe hiefür müssen zweifelsohne mannigfacher Natur sein. Wie bei so vielen anderen Krankheiten kann man insbesondere auch beim Uteruscarcinom die Beobachtung machen, daß nur sehr wenig Patientinnen den Arzt früher konsultieren, als

bis sie die ersten deutlichen Symptome fühlen. Infolge der späten Inanspruchnahme des Arztes gehen viele Patientinnen einem traurigen Schicksal entgegen: Man muß die Betreffenden als inoperabel und rettungslos verloren wegschicken, während bei früherer Inanspruchnahme des Arztes die Operationsmöglichkeit noch vorhanden gewesen wäre. Die Zahl der aus obigem Umstande herrührenden Fälle ist ziemlich groß.

Nun müssen wir Aerzte die äußerst wichtige Frage untersuchen: Warum konsultieren die an einem Carcinom Leidenden in den weitaus meisten Fällen den Arzt zu spät? Schon des öfteren ist diese bedeutsame Frage von vielen Fachmännern eingehend erörtert worden. Als vorwiegende Ursache der späten Inanspruchnahme hat Winter folgende zwei Faktoren genannt:

1. Die Schuld der ersten Ratgeber;
2. das Verhalten der Kranken selbst.

Als die ersten Ratgeber sind zu nennen der Hausarzt, die Hebamme und die Kliniker. Im Jahre 1900 ist Winter bei seinen statistischen Betrachtungen zu folgenden Resultaten gelangt. Als erste Ratgeber kamen in Betracht:

in 76% der Hausarzt,
in 9% die Kliniker,
in 15% die Hebammen.

Der Hausarzt und die Hebamme sind die verantwortlichen Ratgeber. Ich habe in den

Etatsjahren 1907—1911 bei meinen Betrachtungen folgende Resultate erzielt:

in 81,05% der Arzt,
in 11,89% die Kliniker,
in 7,4% die Hebamme.

Man kann aber nicht immer einwandfrei feststellen, ob der verhängnisvolle Zeitverlust durch die Schuld des Arztes herbeigeführt worden ist oder nicht. Indessen ist der Zeitverlust nicht allein die Schuld des Arztes, sondern es spielen auch noch andere Umstände mit, z. B. Nachlässigkeit der Frauen selbst, symptomloses Wachstum des Tumors usw., was ebenfalls den Zeitpunkt für eine indizierte Operation hinausschieben läßt. Ein Maßstab für die Beurteilung der ärztlichen Handlungsweise läßt sich, wie die Autoren hervorheben, nur dadurch gewinnen, daß wenigstens eine innere Untersuchung als erster Schritt zur Diagnose vorgenommen sein müsse; die Frage, ob die Diagnose gestellt ist oder nicht, müsse als aus den Angaben der Kranken nicht eruierbar, ganz außer Acht gelassen werden.

Da ohne innere Untersuchung keine Diagnose möglich ist, so stellt sich das Unterlassen der Untersuchung als verhängnisvoller Fehler dar.

Winter hat schon mitgeteilt, daß von 47 in erster Linie konsultierten Aerzten 15 (also über 30%) nicht innerlich untersucht haben, sondern die Kranken mit inneren und äußeren Mitteln in Behandlung nahmen. Daß in diesem

Verhalten der Aerzte eine schwere Unterlassungssünde gegeben ist, liegt auf der Hand.

Im Jahre 1891 hat Winter die Aerzte dringend darauf hingewiesen, daß die Hauptaufgabe bei jedem krebsverdächtigen Fall darin liege, sofort innerlich zu untersuchen. Er fand bei seinen Erhebungen im Jahre 1891 in Berlin, daß von 62 Frauen 47 = 75,8% sich den ersten Rat bei ihren Hausärzten holten. Von diesen 47 Patientinnen kamen 16 = 34% in operablem Zustande in die Klinik. Von den 47 zuerst konsultierten Aerzten haben 26 sofort untersucht und in die Klinik geschickt = 55,3%. Von diesen Kranken waren 10 = 38,5% operabel. 6 Aerzte haben zwar untersucht, das Leiden aber nicht erkannt und die Kranken medikamentös behandelt = 12,8%.

Von diesen Patienten war nur 1 operabel = 17%. 2 Patienten kamen aus Berlin selbst, 4 kamen aus der Provinz.

15 Aerzte haben ihre Kranken ohne innere Untersuchung behandelt = 31,9%; von diesen Patienten waren 5 = 33% operabel. 10 Kranke kamen aus der Provinz.

Nach der Arbeit Winters im Jahre 1891 hat fast ein Drittel der zuerst konsultierten Aerzte ohne innere Untersuchung trotz krebsverdächtiger Symptome ihre Kranken medikamentös behandelt.

Im Jahre 1895 hat Winter auf Grund einer gleichen Untersuchung folgende Resultate bekommen: Von 114 Aerzten, deren Rat

von 100 Frauen in Anspruch genommen wurde, haben:

1. sofort innerlich untersucht: 87;
2. bei der nächsten Konsultation untersucht: 8;
3. nicht untersucht, aber sofort an die Klinik verwiesen: 9;
4. nicht innerlich untersucht: 10.

Nach der oben angegebenen Winter'schen Beobachtung hat man im Jahre 1895 nur noch 9% Nichtuntersuchter bemerkt, während im Jahre 1891 33% vorhanden waren. Es ist sicher, daß durch diesen Fortschritt der Aerzte die Zahl der operablen Fälle zugenommen hat. Das beruht natürlich auf der Tatsache, daß der Arzt sofort innerlich untersucht hat.

Thorn berichtet in einer Arbeit aus dem Jahre 1900, daß von 106 Uteruscarcinomen 12 = 11,3% von den Aerzten verschleppt wurden, indem diese ihre Kranken längere Zeit ohne innere Untersuchung rein durch interne Medikation behandelten.

Im Jahre 1903 hat Erwin Reiner in der Frauenklinik zu Königsberg über die Operabilität des Carcinoms eine statische Sammlung angestellt.

Von den 143 Frauen, auf die sich seine Arbeit erstreckte, und die sich den ersten Rat bei ihrem Hausarzt geholt hatten, kamen 96 = 60,1% in inoperablem Zustande in die Klinik. Von diesen 143 zuerst konsultierten Aerzten haben:

98 sofort untersucht und zur Klinik ge-

schickt = 68,5%; von diesen Frauen waren 60 = 61,2% operabel;

30 Aerzte haben ohne Untersuchung die Kranken medikamentös behandelt = 20,9%; von diesen Patienten waren 17 = 56,6% operabel;

15 Aerzte haben trotz innerer Untersuchung das Carcinom nicht erkannt, sondern eine Behandlung mit Aetzmitteln u. dergl. begonnen = 10,4%; von diesen Patienten waren 9 = 60% operabel.

Von den 161 Kranken, die aus den Händen der 225 konsultierten Aerzte in seine Klinik kamen, waren 98 = 60,8% operabel.

Von diesen 161 Fällen waren 41 = 25,4% durch die Aerzte verschleppt worden; zwar kamen von diesen noch 21 = 51,3% operabel in die Klinik, die anderen 20 = 48,7% jedoch waren bereits inoperabel geworden.

Ich habe auch die Zahl der ersten Ratgeber während der letzten 5 Jahre nach Prozenten festzustellen versucht und dabei folgendes Resultat gewonnen:

Jahrgang	Der erste Ratgeber		
	Aerzte	Hebamme	Kliniker
1907	90%	10%	—
1908	78,0%	5,5%	16,3%
1909	65,6 „	11,9 „	22,3 „
1910	81,6 „	2,08 „	2,08%
1911	87,2 „	7,6 „	4,2 „

Was für eine Behandlung haben nun jene Aerzte, die von kranken Frauen in Anspruch genommen wurden, angewendet? Diese Frage habe ich in den Etatsjahren 1907—1911 statistisch betrachtet.

Von 183 Aerzten, deren Rat von 191 Frauen in Anspruch genommen wurde, haben:

1. sofort untersucht 147 = 76,8%;
2. bei der nächsten Konsultation untersucht 9 = 4,7%;
3. nicht untersucht, aber sofort an die Klinik verwiesen 15 = 7,8%;
4. nicht innerlich untersucht 12 = 6,3%.

Vergleicht man jetzt diese letzten nicht innerlich untersuchten 6,3% (12 Aerzte) mit den 33% (1891) und 9% (1895) Winters, so kann man diese Resultate als einen großen Fortschritt des Arztes in Hinsicht auf Carcinomdiagnostik ansehen.

Trotzdem ist es aber außerordentlich bedauerlich, daß noch 12 nicht untersuchte (6,3%) Frauen vorhanden waren, unter denen sich 5 als inoperabel und die anderen 7 als operabel erwiesen. Wenn diese 12 Frauen sofort innerlich untersucht oder sofort an die Klinik verwiesen worden wären, so hätte sich vielleicht noch Operationsmöglichkeit ergeben und das Leben der Betreffenden wäre gerettet worden.

Aus dem obenerwähnten Grunde muß der Arzt in allen Fällen von Uteruskrankheit, besonders bei carcinomverdächtigen älteren Frauen sofort eine innerliche Untersuchung

vornehmen oder die Patientin in die Klinik bezw. an die Operateure verweisen.

Nächst den Aerzten sind die Hebammen als verantwortliche Ratgeber zu nennen.

Im Jahre 1891 hatte sich die traurige Tatsache ergeben, daß von 9 erst konsultierten Hebammen nur 2 ihre Pflegebefohlenen sofort zum Arzt schickten, während 7 aus Unwissenheit, Gleichgültigkeit oder Eigennutz die Kranken in eigene Behandlung nahmen; diese 7 Frauen mußten nachher als inoperabel zurückgewiesen werden, während jene 2 Frauen operiert werden konnten. Die Schuld an dieser äußerst traurigen Tatsache muß unbedingt den Hebammen beigemessen werden.

Die Hebamme ist zwar einerseits der erste Ratgeber für die Frauen, bedeutet aber andererseits bei gänzlicher Unkenntnis in der Gynäkologie manchmal eine schwere Gefahr. Deshalb ist es eine unabweisbare Forderung, jeder Hebamme gewisse Kenntnisse der Krebssymptome des Uterus beizubringen. Schon 1891 schlug Winter vor, Maßregeln zu ergreifen, um die Frauen vor der Unkenntnis und Fahrlässigkeit schlechter Hebammen zu schützen. Die Hebammen sollen unterleibskranke Frauen überhaupt gar nicht untersuchen, sondern sofort zum Arzt schicken. Die Hebamme, welche untersucht, wird auch um ihre Ansicht gefragt, und diese kann nicht richtig sein, denn eine Diagnose auf Krebs kann eine Hebamme nicht stellen. Sie muß aber ihrem Rat, zum Arzt zu gehen, den ge-

hörigen Nachdruck geben, wenn die Klagen der Kranken auf ein Krebsleiden hindeuten (Winter).

Nur in diesem Sinne hält Winter die Unterweisung der Hebammen in der frühen Krebsdiagnose und in den Krebssymptomen für sehr wichtig.

Nachdem Winter obenerwähnten bemerkenswerten Vorschlag öffentlich mitgeteilt hatte, hat er damit aus seiner statistischen Betrachtung folgende Ergebnisse erzielt: Im Jahre 1895 haben von 20 zuerst konsultierten Hebammen

5 ganz im Sinne seines Vorschlages gehandelt, d. h. nicht untersucht, sondern die Patientin zum Arzt geschickt = 25%;

3 untersuchten und schickten dann zum Arzt = 15%;

12 behielten mit oder ohne Untersuchung die Kranke in Behandlung = 60%.

Aus den obigen Resultaten ergibt sich, daß jene schon seit langem bei der Hebamme ohne Untersuchung behandelten 12 Frauen sehr leicht die richtige Zeit zur Operation verpassen konnten, wenn diese Frauen tatsächlich an Carcinom Leidende waren.

Im Jahre 1891 betrug die Zahl der falsch behandelnden Hebammen volle 77%, dagegen im Jahre 1895 nur noch 60%. Dadurch stiegen die aus den Händen der Hebamme kommenden operablen Fälle von 22% auf 32%. Das ist ein sicherer Beweis, daß die Hebamme auch als erster Ratgeber eine wichtige Rolle spielt

und dazu beiträgt, daß von Jahr zu Jahr die Zahl der operablen Fälle größer wird.

Ich habe in der hiesigen Klinik dieselbe Betrachtung angestellt und folgende Resultate erzielt:

Von 17 zuerst konsultierten Hebammen haben:

4 nicht untersucht, aber die Patientin sofort zur Klinik geschickt = 23,5%; von den 4 Frauen waren 3 = 75% operabel;

8 untersuchten und schickten dann zur Klinik = 47%; von diesen 8 Frauen waren 5 = 62,5% operabel;

5 behielten mit oder ohne Untersuchung die Kranke in Behandlung = 29,4%; von diesen Frauen waren 2 = 40% operabel.

Es haben somit 29,4% dieser Hebammen falsch gehandelt. Von 17 Frauen kamen 10 = 58,8% in operablem Zustande in die Klinik. Es ist aber sehr zu tadeln, daß zwei Hebammen von den oben angegebenen 5 die Patientin mit „Wechseljahren" trösteten und empfahlen, sich ins Bett zu legen, wodurch die Patientinnen die richtige Zeit zur Operation verloren hatten.

Das Verhalten der Frauen selbst:

Außer dem großen Einfluß, den die ersten Ratgeber auf das Schicksal der Kranken haben, bildet das Verhalten der Frauen selbst für die frühzeitige Diagnose des Krebses ein sehr wichtiges Hindernis. Von großer Bedeutung ist z. B. die Gleichgültigkeit der Frauen gegen ihre Beschwerden, das Schamgefühl, die Angst vor dem Arzte wegen seiner schmerzhaften

Untersuchung und Operation, die Furcht vor den großen Kosten, der Glaube an ein vorübergehendes Leiden, eine spontan auftretende Besserung, Schmerzlosigkeit, eine zu optimistische Auffassung ihrer Leiden, das Trösten mit den Wechseljahren. Auch die falsche Beratung durch andere Frauen oder sonstige Personen (Kurpfuscher) sind die Beweggründe, welche die Frau von ihrem zuverlässigsten Berater fernhalten. Nach Waldstein sind es die atypischen Blutungen, welche die Frau am häufigsten veranlassen, ärztlichen Rat einzuholen; ob die Blutungen jedoch tatsächlich das Initialsymptom für ein Carcinom abgeben, läßt Waldstein dahingestellt. Frommel ist der Ansicht, daß gerade durch den Umstand, daß die Frauen den Ausfluß als Krebssymptom kennen und fürchten gelernt haben, sich die Carcinomstatistik in den letzten Jahren gebessert hat. Waldstein berechnet, daß die Frauen meist nach drei- bis sechsmonatlichem Bestande der Carcinomsymptome ärztlichen Rat einholen, und gelangt so zu dem Schluß, daß gewisse Initialsymptome des Gebärmutterkrebses entweder aus Unkenntnis nicht erkannt oder, wenn auch erkannt, nicht in entsprechender Weise gewürdigt werden. Das Erstere dürfte für den Ausfluß und das Profuserwerden der Menstruation geltend zu machen sein, das Letztere für die Schmerzen und die atypischen Blutungen, über die sich viele Frauen mit der Annahme, es handle sich um normale Blutungen des Klimakteriums,

hinwegtäuschen. In vielen Fällen sind es erst die Schmerzen, welche die Kranken zum Arzt führen; doch pflegt es dann in der Regel schon zu spät zur Operation zu sein, da Schmerzen erst auftreten, wenn bereits die Parametrien carcinomatös erkrankt sind.

Je nach dem Bildungsgrad und den sozialen Verhältnissen der Kranken werden sich auch Unterschiede hinsichtlich des Verhaltens der Patientinnen bemerkbar machen. Die Frau der besseren Stände achtet mehr auf ihren Zustand als die der niederen Volksschichten; sie wendet sich früher an sachkundige Hilfe und kommt deshalb auch mit größeren Chancen auf Operabilität zur Operation. So ergeben die

37 Privatkranken von Winter 26 operable Fälle = 70,2%;

die 203 klinischen Patienten 111 operable Fälle = 54,6%.

Aus der Differenz dieser Zahlen läßt sich leicht erkennen, von wie großem Einfluß die Beschaffenheit und Provenienz des Krankenmaterials für die Frage der Operabilität und die Chancen der Heilung ist. Neben den sozialen Verhältnissen der Kranken fallen auch die örtlichen Verhältnisse der Kranken ins Gewicht. Die Frau in der Großstadt sucht viel eher den Spezialisten oder eine Poliklinik auf, als das indolentere Landvolk. Sachverständige Aerzte, gute Hebammen, sehr zahlreiche Polikliniken und aufgeklärtes Frauenpublikum wirken dort zusammen, die Kranken früh

zur Operation zu bringen (Reipen, Winter).

Von 239 Frauen kamen:

60 = 25,1% aus der Großstadt; von diesen waren 44 = 73,3% operabel.

64 = 26,7% kamen aus kleineren Provinzstädten; von diesen waren 34 = 53,1% operabel;

115 = 48,1% kamen vom Lande; von diesen waren 59 = 51,3% operabel.

17 Patienten, die hier mit eingerechnet sind, stammten aus Rußland; von ihnen waren 9 = 52,9% operabel.

Von den Kranken deutscher Nationalität waren nach Erwin Reiner:

aus der Großstadt	72,4%	operabel
aus den Provinzstädten	45,5%	„
vom Lande	51,3%	„

Nun ist es auch interessant zu sehen, wieviele Zeit die Kranken von den ersten deutlichen Symptomen bis zur ersten Konsultation verstreichen ließen. Ich habe diesbezügliches Material während der Etatsjahre 1907—1911 statistisch gesammelt und folgende Zahlen eruiert:

bis zu	1	Monat	39 Patientinnen (davon erschienen 21 sofort nach den ersten Symptomen.)
bis zu	2	Monat	28 Patientinnen
„ „	3	„	27 „
„ „	4	„	18 „
„ „	5	„	8 „
„ „	6	„	18 „
„ „	7	„	7 „

bis zu	8	Monat	8	Patientinnen
„ „	9	„	8	„
„ „	10	„	4	„
„ „	11	„	6	„
„ „	12	„	21	„
mehr als	1	Jahr	13	„
unbestimmt			22	„

Es haben also von den 227 Frauen

93 = 41,0% mehr als ein Vierteljahr,
67 = 29,5% „ „ „ halbes Jahr
13 = 5,1% „ „ „ Jahr

gewartet.

Es scheint mir sehr interessant, hieraus einen Vergleich mit dem Krankenmaterial anderer Kliniken zu ziehen. Nach Winters Erhebungen in Berlin 1891 ließen von 62 Frauen nach dem Beginn der Symptome an Zeit bis zum Aufsuchen der ärztlichen Hilfe unbenutzt verstreichen:

bis zu	1	Monat	16	Patientinnen
„ „	2	„	3	„
„ „	3	„	8	„
„ „	4	„	6	„
„ „	5	„	6	„
„ „	6	„	5	„
„ „	7	„	1	„
„ „	8	„	1	„
„ „	9	„	4	„
„ „	10	„	2	„
„ „	11	„	2	„
„ „	12	„	6	„
mehr als	1	Jahr	2	„

Also ließen hier

35 Pat. = 46,5% mehr als ein Vierteljahr,
18 „ = 29,0% „ „ „ halbes Jahr,
2 „ = 3,2% „ „ „ Jahr

unbenutzt verstreichen.

Winters Erhebungen in Berlin im Jahre 1895 ergaben folgendes Resultat:

47 Pat. = 49,4% mehr als ein Vierteljahr,
22 „ = 23,1% „ „ „ halbes Jahr,
7 „ = 7,3% „ „ „ Jahr.

Glockner hat für das Krankenmaterial in Leipzig aus den Jahren 1887—1901 eine ähnliche Tabelle aufgestellt. Die Krankheitssymptome bestanden demnach vor dem Eintritt in die Klinik:

seit 1 Monat	in 32 Fällen
„ 2 Monaten	„ 41 „
„ 3 „	„ 37 „
„ 4—6 Monaten	„ 65 „
„ 7—9 „	„ 23 „
„ 10—12 „	„ 25 „
„ 13—15 „	„ 4 „
„ 16—18 „	„ 2 „
„ längerer Zeit	„ 3 „
unbestimmt	„ 18 „

Demnach bestanden die Symptome bei:

125 Pat. = 53,2% mehr als ein Vierteljahr,
60 „ = 25,5% „ „ „ halbes Jahr,
12 „ = 5,1% „ „ „ Jahr.

Im Jahre 1903 hat Erwin Reiner in der Frauenklinik zu Königsberg ein Krankenmaterial von 234 Fällen gesammelt; davon erschienen:

9 Pat. = 3,8% sofort,
158 „ = 67,5% mehr als ein Vierteljahr,
97 „ = 41,0% „ „ „ halbes Jahr,
27 „ = 11,1% „ „ „ Jahr
nach den ersten Symptomen.

Im Jahre 1901 hat Winter in seiner Schrift „Ueber die Frühdiagnose des Uteruscarcinoms" seine Berechnungen von 1891 bis zum Jahre 1897 an Hand des Materials des Berliner Krankenhauses fortgesetzt und ist dabei zu dem Resultate gekommen, daß die Carcinomoperabilität jährlich stufenweise erhöht wird, z. B.:

1876—1883 (19,0%)	1889 (31,4%)
1884 (21,5%)	1893 (36,5%)
1885 (23,5%)	1894 (33,0%)
1886 (22,6%)	1895 (40,0%)
1887 (28,1%)	1896 (53,0%)
1888 (29,1%)	1897 (49,0%)

Auf Grund meiner Betrachtungen stimme ich vollständig damit überein, daß, je kürzer die verstrichene Zeit ist, in desto höherem Maße die Operabilität zunimmt.

Ich gelange nun zu der weiteren Frage: „Was hat die Patientinnen am häufigsten von der ärztlichen Konsultation abgehalten?" Auch hierzu habe ich der erforderlichen Klarheit halber aus den Jahren 1907—1911 statistisches Material gesammelt und folgende Resultate gewonnen:

Das Verhalten der Kranken selbst:	1907	1908	1909	1910	1911
1. Die Gleichgültigkeit . . .	3	9	10	13	9
2. Glaube an ein vorübergehendes Leiden mit spontan auftretender Besserung	2	18	22	8	12
3. Wechseljahre	2	9	11	5	9
4. Falsche Beratung	1	4	5	3	4
5. Furcht vor Kosten . . .	—	3	2	3	1
6. Familienverhältnisse . . .	—	1	2	—	1
7. Das Schamgefühl und die Furcht vor der Operation	—	—	3	—	3
8. Nichtvorhandensein von Schmerzen	—	2	1	4	2

Wie die obige Tafel nachweist, sind die häufigsten Ursachen der Nichtinanspruchnahme des Arztes der Glaube an ein vorübergehendes Leiden, die Gleichgültigkeit der Frauen und die optimistische Auffassung „Wechseljahre".

Ferner wird die Patientin durch Schmerzlosigkeit zur späteren Inanspruchnahme des Arztes veranlaßt. Falsche Beratung seitens anderer Frauen und Personen (z. B. Kurpfuscher) muß man gleichfalls als wichtige Ursache der späten Inanspruchnahme des Arztes wahrnehmen. Die übrigen Ursachen, nämlich die Furcht vor den großen Kosten, das Schamgefühl vor dem männlichen Ratgeber usw. betreffen doch nur vereinzelte Fälle.

Wenn hier die Kranken durch obenerwähnte eigene Schuld und die Schuld der ersten Rat-

geber das Carcinom inoperabel werden lassen, so kommt es andererseits vor, daß Frauen mit operablem Carcinom die Operation verweigern. Knauer klagt darüber, daß viele operable Frauen sich der Behandlung dadurch entziehen, daß sie sich nicht in die Klinik aufnehmen lassen oder direkt jeden operativen Eingriff verweigern. Nach der Sammelarbeit von Erwin Reiner (1903) gab es drei resp. zwei derartige Fälle innerhalb 5 Jahren (1898 bis 1903). In der hiesigen Klinik habe ich indessen bei meiner Arbeit keine solchen Fälle bemerkt.

Vor kurzem hat Dührssen eine für die Frauenwelt bestimmte, populäre Schrift über die Verhütung und Heilung von Frauenkrankheiten herausgegeben, in welcher er die Frauen über Wesen und Bedeutung des Krebses aufklärt, ihnen Fingerzeige für dessen Erkennung und Ratschläge für ihr Verhalten gibt. Es wäre zu wünschen, daß vorsichtige Aufklärungen durch Broschüren, Aerzte und Hebammen allmählich in die Frauenwelt eindringen; vielleicht werden dann in einigen Jahren neue anamnestische Erhebungen auch eine Besserung in Bezug auf das Verhalten der Frauenwelt ergeben.

Der Göttinger ärztliche Kreisverein hat früher folgendes Merkblatt veröffentlicht, das ich seiner trefflichen Ausführungen halber nachstehend anführen will:

„1. Der Krebs der Gebärmutter beginnt

ohne allen Schmerz und ohne jedes Krankheitsgefühl.

2. Blutungen und Ausflüsse sind die ersten Zeichen des Gebärmutterkrebses. Die Blutungen treten als verstärkte Periode auf oder auch außerhalb der Periode, ja auch, nachdem die Periode schon jahrelang aufgehört hat.

3. Der Gebärmutterkrebs führt, sich selbst überlassen, stets zum Tode.

4. Durch eine Operation ist er aber heilbar. Diese Operation muß in den ersten Anfängen der Krebserkrankung ausgeführt werden. Ohne Operation ist eine Heilung unmöglich.

5. Wie kann eine Krebskranke gerettet werden?

Wenn die Erscheinungen von Blutungen und Ausfluß auftreten, muß jede Frau ohne Zeitverlust sofort ärztlichen Rat aufsuchen, auch während der Blutung. Die vorgeschlagene Operation muß unverzüglich ausgeführt werden. Jeder Tag erhöht die Gefahr für die Frau.

6. Wer also sein Leben liebt, gehe zum Arzt und nur zum Arzt, wenn sich die genannten verdächtigen Erscheinungen zeigen, und schiebe keine Stunde diesen Entschluß auf!"

Solche Merkmale muß nicht nur der Arzt, sondern auch der Laie sich immer vor Augen halten. Wenn man diese medizinischen Kenntnisse vom Carcinom allmählich in die Frauenwelt eindringen läßt, so wird sich dadurch sicher eine weitere Erhöhung der Operabilität erzielen lassen. Es ist deprimierend, wenn man

von Jahr zu Jahr immer wieder erfährt, was für Umstände es gewesen sind, welche die Krebskranken, die in desolatem Zustande zu uns kommen, hinderten, frühzeitig sachverständige Hilfe zu suchen. Ich bin aber überzeugt, daß solch traurige Erscheinungen bei Zusammenwirken des Arztes, der Hebammen und des aufgeklärten Frauenpublikums selbst immer mehr verschwinden müssen. Der Hauptwunsch der Fachwelt geht dahin, daß die Kranken sich möglichst rasch zum Arzte begeben bezw. sich sofortiger Operation unterziehen. Man muß bei Betrachtung des Uebels wohl bedenken, daß die Carcinomfrage nicht nur wichtig ist im Bereich der ärztlichen Tätigkeit, sondern daß es sich dabei auch um eine Kulturfrage von weitgehendster Bedeutung handelt.

Schlußwort.

Fasse ich hier noch einmal kurz die Ergebnisse dieser Arbeit zusammen, so komme ich zu folgendem Gesamtresultat:

1. In den Jahren 1907—1911 kamen 226 Uteruscarcinome in die Klinik. Außer dieser Anzahl gab es noch einen Fall, der durch supravaginale Amputation operiert wurde. Von diesen 26 Fällen waren 157 = 68,92% operabel. Die operablen Fälle verteilen sich auf die einzelnen Jahre folgendermaßen:

1907	. . .	8 = 66,66%
1908	. . .	40 = 80,00%
1909	. . .	45 = 69,20%

1910 . . . 27 = 56,30%
1911 . . . 37 = 72,50%

2. Als erste Ratgeber kamen in Betracht:

in 184 Fällen = 81,05% der Arzt,
„ 27 „ = 11,89% die Kliniker,
„ 17 „ = 7,40% die Hebammen,
„ 16 „ fehlten bestimmte Angaben.

3. Von 191 Frauen (1907—1911) wurden insgesamt 183 Aerzte konsultiert; von diesen haben:

a) sofort innerlich untersucht	147 =	76,8%
b) bei der nächsten Konsultation untersucht	9 =	4,7%
c) nicht untersucht, aber sofort an die Klinik verwiesen	15 =	7,8%
d) nicht innerlich untersucht	12 =	6,3%

4. In 17 Fällen waren die Hebammen die ersten Ratgeber; von diesen haben:

a) 4 nicht untersucht, aber die Patientinnen sofort zur Klinik geschickt = 23,5%; von den 4 Frauen waren 3 = 75% operabel;

b) 8 untersuchten und schickten dann zur Klinik = 47,0%; von diesen 8 Frauen waren 5 = 62,5% operabel;

c) 5 behielten mit oder ohne Untersuchung die Kranke in Behandlung = 29,4%; von diesen Frauen waren 2= 40% operabel.

Mithin haben 29,4% dieser Hebammen falsch gehandelt.

5. von 27 Kranken, die sich direkt an die

Klinik gewandt hatten, waren 12 = 45,2% operabel.

6. Von 227 Kranken haben:

93 = 40,96% mehr als ein Vierteljahr,
67 = 29,50% „ „ „ halbes Jahr,
13 = 5,70% „ „ „ Jahr

verstreichen lassen, ehe sie ärztliche Hilfe aufsuchten.

Jedoch erschienen 21 Frauen sofort nach den ersten deutlichen Symptomen beim Arzt.

Bei 22 Frauen war die verstrichene Zeit unbestimmt.

7. Keine Patientin mit operablem Carcinom verweigerte die Operation.

8. Die Gleichgültigkeit, der Glaube an ein vorübergehendes Leiden mit spontan auftretender Besserung, Wechseljahre, falsche Beratung sind die Ursachen der späten Inanspruchnahme des Arztes.

* * *

Zum Schlusse dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Professor Dr. Doederlein, für die Stellung dieses Themas, und dem hochgeehrten Herrn Professor Dr. Baisch für die liebenswürdige Anweisung bei ihrer Abfassung meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Zur Frühdiagnose des Gebärmutterkrebses. Arch. für Gynäkologie Bd. 64.
2. Werner Johannes: Zur Berechnung des „absoluten Heilungsprozentes“ in der Statistik des Uteruscarcinoms, Zentralblatt f. Gyn. Nr. 1, 1905.
3. Pfannenstiel J.: Ueber die Heilfolge bei Krebs der Gebärmutter. Zentralblatt f. Gynäk. Nr. 15, 1901.
4. Schauta: Zentralblatt f. Gynäk. p 209, 1902.
5. Winter: Ueber Carcinomoperabilität. Zentralblatt f. Gynäk. Nr. 29, p. 887.
6. Döderlein: Ueber vaginale Uterusexstirpation mit Vorschlag einer neuen Operationsweise. Arch. f. Gynäk. 1901, Bd. 63, p. 3.
7. Internat. Kongress f. Geburtshilfe und Gynäk. in Rom 1902. Monatschrift f. Geb. u. Gynäk. 1902.
8. Kaltenbach: Berliner klin. Wochenschr. 1888, Nr. 18.
9. Kermauner und Laméris: Zur Frage der erweiterten Radikaloperation des Gebärmutterkrebses. Beiträge zur Geb. u. Gynäk. Bd. V, p. 87.
10. Meyer: Beiträge zur Statistik der Totalexstirpation bei Uteruscarcinom. Inaug.-Diss. Bonn 1901.
11. Thorn: Münchener med. Wochenschrift 1900, p. 1790.
12. Waldstein: Ueber die Erfolge der operativen Behandlung des Gebärmutterkrebses. Arch. für Gynäk. Bd. 61, p. 52.
13. Winter: Genügt die vaginale Uterusexstirpation als radikale Krebsoperation? Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43, p. 509.
14. Winter: Ueber die Prinzipien der Carcinomstatistik. Zentralblatt f. Gynäk. 1902. p. 81.
15. Reiner Erwin: Ueber die Operabilität des Uteruscarcinoms in Ostpreussen. Inaug.-Diss. Königsberg 1903.
16. Döderlein-Krossig: Operative Gynäkologie.

17. Runge: Lehrbuch der Gynäkologie.
18. Hannes Walther: Rückblicke und Ausblick über Operabilität, Operation u. Operationsresultate des Uteruscarcinoms an der Hand einer 11jährigen Beobachtung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. l. V, Bd. 11. p. 2, 1906.
19. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1901.
20. Zentralblatt f. Gynäk. Nr. 28, p. 746, 1907.
21. Veit: Handbuch der Gynäkologie.
22. Reinecke Paul: Beitrag zur Frage der Dauerheilung des Collumcarcinoms durch die Operation. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. l XV. Bd. p. 129, 1910.
23. Knauer: Die Erfolge der an der Klinik Chrobak wegen Gebärmutterkrebs ausgeführten vaginalen Totalexstirpation. Beitr. z. Geb. u. Gyn. V. Bd.. p. 205.
24. Versammlung der deutschen Naturforscher und Aerzte in Karlstadt. Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 1912. Ergänzungsheft.

Lebenslauf.

Verfasser, Chozo Nagoya, wurde am 28. Oktober 1885 zu Saitama in Japan geboren und besuchte in seinem Heimatsorte 5 Jahre lang die Mittelschule und dann 4 Jahre lang die medizinische Hochschule zu Sendai. Im Jahre 1908 absolvierte er diese Anstalt und erhielt im gleichen Jahre die Approbation als praktischer Arzt. Nachdem er sich im Dyüntendo-Hospital zu Tokio praktischen Uebungen unterzogen hatte, studierte er im Jahre 1911 im Pathologischen Institut der kaiserlichen Universität zu Tokio.

Anfangs Dezember 1911 kam er dann nach München, um hier an der kgl. Ludwig-Maximilians-Universität in seinem Fache weiter zu studieren, und gestattet sich nunmehr vorliegende Arbeit als Inauguraldissertation einer hohen Medizinischen Fakultät der kgl. Ludwig-Maximilians-Universität zu München zwecks Erwerbung des Doktortitels in der gesamten Medizin ergebenst vorzulegen.